

FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE PLAN CANICULE/VULNÉRABILITÉ 2026

Dans le cadre de ses missions de service public, le CCAS de Magalas tient à jour le Registre Communal des personnes à contacter dans le cadre du plan canicule d'urgence. Vos données personnelles sont conservées pendant un an. Elles peuvent être communiquées aux services de secours et départementaux.

Merci de bien vouloir renvoyer cette fiche remplie à :

CCAS Mairie de Magalas
1889 rue de la Promenade 34480 MAGALAS
Mail : accueil@ville-magalas.fr Tél : 04 67 36 20 19

IMPORTANT : CETTE FICHE EST VALABLE 1 AN

Personne(s) à inscrire

Mme c M. Nom :
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Adresse : N° code d'accès à votre porte (si nécessaire) :
..... N° escalier : N° étage : N° porte :
Téléphone : Mail :

Qualité de la personne qui inscrit

Inscription faite en nom propre par un +ers (si oui, remplir les informations suivantes) Je soussigné(e)

Nom : Prénom :

Agissant en qualité de

Représentant légal

Services d'aide à domicile/de soins infirmiers à domicile

Médecin traitant Autre : (à préciser) :

Adresse :

Numéro de téléphone : Mail :

Je m'inscris sur le registre canicule (cochez la case qui vous concerne) :

Je suis âgé(e) de + de 65 ans c

Je suis une personne adulte handicapée

Je suis âgé(e) de + de 60 ans et reconnu(e) inapte au travail

① Vivez-vous seul(e) ? OUI NON

② Avez-vous des appels réguliers de vos proches ? OUI NON

Période d'absences prévues du 1er juin au 15 septembre 2026 (dates à préciser) :

.....
.....



Coordonnées d'une ou plusieurs personne(s) à contacter en cas de besoin (famille, ami, voisin) :

Nom :Prénom :

Adresse :

Lien avec la personne :Tél :

Autres :

Nom :Prénom :

Adresse :

Lien avec la personne :Tél :

Autres :

Autres renseignements :

Bénéficiez-vous : -

D'un service de portage de repas à domicile ? c oui c non Si oui, lequel ? Indiquez leurs coordonnées :

.....
.....

Quels jours :

- **D'un service d'aide à domicile ?** oui Non

Si oui, lequel ? Indiquez leurs coordonnées :

.....

Quels jours :

Disposez-vous du service de téléassistance ? oui non

Si oui, lequel ?

Médecin traitant :

Téléphone: Adresse :

Infirmier : Téléphone:

Adresse :

À Magalas, le :/...../.....

SIGNATURE :

Merci de prendre connaissance des mentions CNIL : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à inscrire les personnes âgées et handicapées qui en ont fait la demande afin d'être bénéficiaires du plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels. Conformément au Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez sous conditions et sauf exceptions d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité, d'opposition, de limitation des traitements, de retrait de votre consentement à tout moment, et de réclamation auprès de la CNIL. Pour exercer vos droits, contactez-nous par courrier à la Mairie CCAS Mairie de Magalas

1889 rue de la Promenade 34480 MAGALAS Mail : accueil@ville-magalas.fr 04 67 36 20 19